

0-795306

На правах рукописи

А. Шау

Галстян Ашхен Шагеновна

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ
ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Москва – 2011



Работа выполнена в Ставропольской государственной медицинской академии

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Вардосанидзе Сергей Лаврентьевич

Официальные оппоненты:

Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор
Рябочкин Виктор Михайлович

доктор медицинских наук, профессор
Калининская Алефтина Александровна

Ведущая организация: Московский государственный медико –
стоматологический университет

Защита диссертации состоится « 15 » марта 2011 г. в 10 часов
на заседании диссертационного совета Д 215.009.03 при Государственном
институте усовершенствования врачей Министерства обороны Российской
Федерации по адресу: 107392, г. Москва, ул. Малая Черкизовская, дом 7.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного
института усовершенствования врачей Министерства обороны Российской
Федерации

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КФУ



0000808166

Автореферат разослан « 10 » февраля 2011 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

В.В. Павлов

Давыдов В.Н.

Актуальность. Сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ) сохраняют статус важной проблемы для современного практического здравоохранения и научной деятельности. Актуальность проблем, связанных с данной группой заболеваний, определяется высокой инвалидизацией и смертностью среди населения. Так, по данным Европейского кардиологического общества, смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) в России – максимальная в сравнении со странами европейского сообщества. Она составляет в среднем 431,5 чел. на 100 тыс. населения. Кроме того, в странах Западной Европы, США, Канаде, Австралии в течение последних десятилетий наметилась устойчивая тенденция к снижению распространенности и смертности от ИБС, что значительно отличается от ситуации в России, где, напротив, наблюдается рост этого показателя (Захаров В. Н., 2001; Бокерия Л. А. с соавт., 2005).

Особую тревогу вызывает факт “омоложения” ССЗ. Заболеваемость ИБС среди мужского населения в возрасте 50-59 лет составляет 19,5%, из них 11,5% приходится на стабильную стенокардию напряжения (Mittelmark M. B. et al., 1993; Smit E. et al., 2002). Положительных изменений в создавшейся ситуации можно ожидать только при активизации системы профилактики заболеваний и укрепления здоровья (Калинина А. М., 2004).

Проблема организации профилактики и восстановительного лечения ИБС переросла из разряда клинических в ранг проблем большой социальной значимости. Очевидна необходимость разработки политики профилактики и восстановительного лечения ССЗ с учетом национальных, региональных и местных особенностей (Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., 2001).

По данным массовых профилактических обследований трудоспособного населения установлено, что только около 1/5 взрослого населения не имеют факторов риска. Более половины (56%) населения трудоспособного возраста имеет те или иные факторы риска, причем у половины лиц этой группы факторы риска встречаются в разнообразных сочетаниях, в результате чего суммарный риск заболевания значительно увеличивается (Калинина А. М., 2004).

От сердечно - сосудистых заболеваний в РФ ежегодно умирают 1 млн. 300 тысяч людей. Одна из причин высокой смертности - неадекватная медико-социальная помощь больным данной группы, и в том числе низкая доступность к инновационным технологиям лечения ССЗ (Оганов Р.Г., 2007).

Сложность проблем профилактики и реабилитации больных, страдающих заболеваниями ССС, обусловлена нарушением преемственности этапной реабилитации. При очевидной необходимости, во многих регионах отсутствуют кабинеты профилактики, отделения восстановительного лечения и ранней реабилитации постинфарктных больных, больных после кардиохирургической операции (Шевченко Ю.Л., 2002; Разумов А.Н. и др., 2003). Приоритетность сохраняют исследования по разработке современных технологий профилактики (первичной и вторичной), восстановительного лечения ИБС, оптимальных индивидуальных программ, основанных на доступных, патогенетически обоснованных методах реабилитации (Разумов А.Н., 1999, 2002; Пономаренко Г.Н., 2000; Оганов Р.Г., Аронов Д.М., 2002).

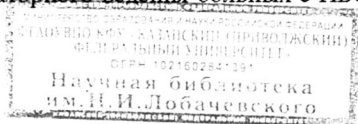
Цель исследования: разработать организационно-методические направления повышения клинической результативности медицинской помощи больным после интервенционных вмешательств на основе индустриальных технологий управления качеством в интегрированном комплексе, включающем многопрофильный стационар и поликлинику.

Задачи исследования:

1. Проанализировать состояние кардиохирургической помощи, оказываемой взрослому населению в РФ и в Ставропольском крае в динамике за 5 лет (2005-2009 г.г.)
2. Представить сравнительную медико-социальную характеристику пациентов с сердечно-сосудистой патологией после применения различных методов интервенционного лечения.
3. Спроектировать и внедрить в практику клинический путь амбулаторного ведения больного с ИБС после интервенционного лечения.
4. Проанализировать влияние обучающей программы «Школа ИБС» на медико-социальные показатели у больных ИБС после интервенционного лечения.
5. Внедрить в практическое здравоохранение рекомендации, определяющие пути совершенствования вторичной профилактики на основе высокотехнологичных методов лечения и результатов отдаленных периодов наблюдения.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- разработан клинический путь амбулаторного ведения больных с ИБС после интервенционного лечения;



- доказана полезность использования в работе амбулаторно-поликлинической службы метода клинических путей ведения пациентов с известным диагнозом; при этом уменьшилось число осложнений и ошибок в сравнении с традиционным ведением больных в клинике;

- показана эффективность и продемонстрированы приоритеты внедрения в амбулаторную практику обучающей программы «Школа ИБС» после интервенционного лечения;

- разработан алгоритм сотрудничества стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев у больных ИБС после интервенционного лечения.

Практическая значимость работы.

Использование предложенного метода клинических путей ведения больных ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе снижает количество обращений в поликлинику (с $16,9 \pm 1,2$ до $10,3 \pm 0,9$); уменьшает среднее число дней стационарного лечения на - 7 к/д;

Ведение больных в рамках клинического пути повышает удовлетворенность пациентов доступностью и качеством медицинской помощи в 95 % случаев.

Разработанный клинический путь позволяет проводить комплексное измерение качества лечебно-диагностического процесса, планировать дальнейшее совершенствование медицинской помощи больным с ИБС.

Результаты исследования используются в работе отделения сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ «СККЦ СВМП», кардиологического отделения №2 Краевого клинического кардиологического диспансера г. Ставрополя, Результаты и материалы исследования используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения и кафедры сердечно-сосудистой хирургии и высоких хирургических технологий ФПО СтГМА.

Апробация результатов работы. Основные положения работы обсуждены на: XIII, XIV, XV, XVI, XVIII итоговых (межрегиональных) научных конференций студентов и молодых ученых (Ставрополь, 2005- 2008, 2010), XIII Международной конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, 2006); 5 съезде кардиологов Южного федерального округа «Диспансеризация, качественная диагностика, лечение и реабилитация – залог успеха кардиологической службы» (Кисловодск, 2006); XII Ежегодной сессии научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва, 2008); Всероссийской

конференции с международным участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2009» (Москва, 2009).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 21 научная работа, в том числе 4 – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Разработанный и внедренный клинический путь ведения пациентов с ИБС после интервенционного лечения позволил снизить частоту повторных госпитализаций, уменьшить количество необоснованных визитов к участковому терапевту.

2. Использование в интегрированном комплексе «стационар-поликлиника» управленческого метода «Клинический путь ведения пациентов с ИБС» в сочетании с применением современных, адекватных и обоснованных методов интервенционного лечения позволяет повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи.

3. Организованная и внедренная в рамках клинического пути «Школа ИБС» повысила качество жизни пациентов, оказала положительное влияние на динамику кардиоваскулярных факторов риска (ФР), клинические и медико-социальные показатели.

4. Интегрированная система проектирования, измерения и непрерывного совершенствования базовых процессов в поликлинике и стационаре обеспечивает преемственность процессов лечения, диагностики и профилактики у больных ИБС.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного набора, состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Она иллюстрирована 18 таблицами и 25 рисунками. Список литературы включает 258 наименований, в том числе 86 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе проанализированы и обобщены данные отечественной и зарубежной литературы по распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения, их роли в инвалидизации. В ней также представлены данные о видах профилактики ССЗ, их эффективности. Из доступных материалов видно, что качество лечения и профилактика сердечно-

сосудистых заболеваний не в полной мере удовлетворяют специалистов (кардиохирургов и кардиологов). В связи с этим в работе предпринята попытка изучения, анализа и оценки не только передовых лечебно-диагностических технологий, но и поиск организационно-управленческих моделей, успешно использующихся, по мнению ряда исследователей, в здравоохранении.

Во второй главе представлены материалы и методы исследования. Исследование основано на методологии комплексных социально-гигиенических и клинических исследований с использованием программно-целевого подхода, предусматривающего разработку и применение адекватных методик по реализации цели и решению задач исследования.

Предмет исследования: амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с сердечно – сосудистыми заболеваниями после их специализированного лечения в стационарных условиях (вторичная профилактика).

Объект исследования: больные ИБС с показаниями к применению высокотехнологичных методов обследования и лечения (118 человек).

После проведения коронароангиографии больные условно распределены по группам: а) имеющие показания для открытой хирургической коррекции с последующим включением их в «Школу ИБС» в восстановительном периоде (n=41); б) имеющие показания для эндоваскулярного лечения с последующим включением их в «Школу ИБС» в восстановительном периоде (n=38); в) больные после консервативного лечения с последующим включением их в «Школу ИБС» в восстановительном периоде (n=39).

Для контроля взята группа больных с консервативным лечением без участия в «Школе ИБС», сопоставимая по полу и возрасту (n=40).

Медико-социальный анализ в группах сравнения выявил ряд особенностей. Из 118 больных, принявших участие в исследовании, мужчины представлены 101 пациентом (86%), женщины - 17 (14%) - табл.1.

Возраст больных исследуемых групп был в пределах от 27 до 65 лет. Средний возраст составил $48,6 \pm 0,2$ года. Возраст основной массы больных (78 пациентов - 66%) составил 46 - 55 лет. Вторая по численности группа (до 45 лет) представлена 28 больными (24%). В возрасте от 56 до 65 лет были 12 больных (10%).

Таблица 1 - Гендерная принадлежность больных в группах сравнения

Пол	Больные с сердечно - сосудистой патологией (n=118)						Всего n = 118	
	АКШ n=41		Стентирование n=38		Консерватив- ное лечение n=39			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
женщины	3	7,0	6	16,0	8	21,0	17	14,0
мужчины	38	93,0	32	84,0	31	79,0	101	86,0
Итого	41	100,0	38	100,0	39	100,0	118	100,0

Анализ данных об образовательном уровне показал следующие результаты. Большинство больных имели высшее – 50 пациентов (43%) и среднее специальное – 38 пациентов (33%) образование, существенных различий в группах сравнения по этому показателю не было.

По данным И.С.Глазунова с соавт. (1964), распространенность ИБС среди служащих Москвы в 1,5 раза выше по сравнению с рабочими, что объяснялось низкой физической активностью и значительными психоэмоциональными перегрузками, известными как факторы риска ИБС и характерными для административных работников. В нашем исследовании самыми многочисленными оказались группы «служащие» - 36 больных (30%) и «не работающие» - 30 больных (25%), меньше – рабочие и частные предприниматели – по 22 чел. (по 18,6%) и занятые в сельском хозяйстве – 8 чел. (7,8%).

Статистическая обработка и анализ данных проводился с использованием программных пакетов «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Biostat». В сравнительном анализе обобщенная информация количественных признаков приведена в виде средних и их стандартных ошибок, а для качественных признаков – в виде долей с обозначением 95 % доверительного интервала. При рассмотрении количественных признаков выявлено асимметричное распределение, не подчиняющееся нормальному. Для определения нормальности распределения совокупности мы воспользовались одновыборочным критерием Колмогорова-Смирнова и отобразили данные в виде графического материала. При сравнении наблюдений до и после лечения при

ненормальном распределении совокупности использовался критерий Уилкоксона при 5% уровне значимости различий.

В третьей главе представлен анализ доступности кардиологической и кардиохирургической помощи в Ставропольском крае (СК).

Кардиологическая служба в СК в 2008г. была представлена: ГУЗ «Краевой клинический кардиологический диспансер», стационарными кардиологическими отделениями в 13 ЛПУ, стационарными терапевтическими отделениями в 20 ЛПУ, приемами кардиолога в поликлиниках и кардиореанимационными бригадами скорой медицинской помощи.

В связи с созданием на базе ГУЗ «СККЦ СВМП» Регионального сосудистого центра (РСЦ) увеличилось на 65 число коек кардиологического профиля.

За короткий период реализации программы «Региональный сосудистый центр» (2008-2009гг.) было отмечено статистически достоверное снижение смертности от ССЗ в трудоспособном возрасте. Положительная динамика связана, в основном, со снижением смертности от острого инфаркта миокарда (ОИМ) (рис. 1). Таким образом, создание РСЦ для оказания экстренной помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС), ОИМ и ОНМК позволило достоверно снизить смертность населения СК от ССЗ. Вместе с тем РСЦ в Ставропольском крае был создан для оказания экстренной медицинской помощи при острой сердечно – сосудистой патологии, а больные с хроническими формами ИБС (стабильная стенокардия) и больные в послеоперационном периоде не получают специализированной помощи в необходимом объеме. В крае отсутствуют кабинеты профилактики ССЗ, отделения восстановительного лечения больных ИБС после интервенционного лечения.

Однако развитие экстренной кардиохирургической помощи стимулирует развитие и плановой высокоспециализированной медицинской помощи больным с сердечно - сосудистыми заболеваниями. Так, в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГУЗ «СККЦ СВМП» проводится обследование больных с поражением всех магистральных сосудов. Если в 2003г. в Ставропольском крае было проведено всего 53 коронарографии, то в 2008г. этот показатель вырос в 7,8 раз и составил 481 обследование (табл. 2), а с началом функционирования РСЦ данный показатель вырос до 1460 в год.

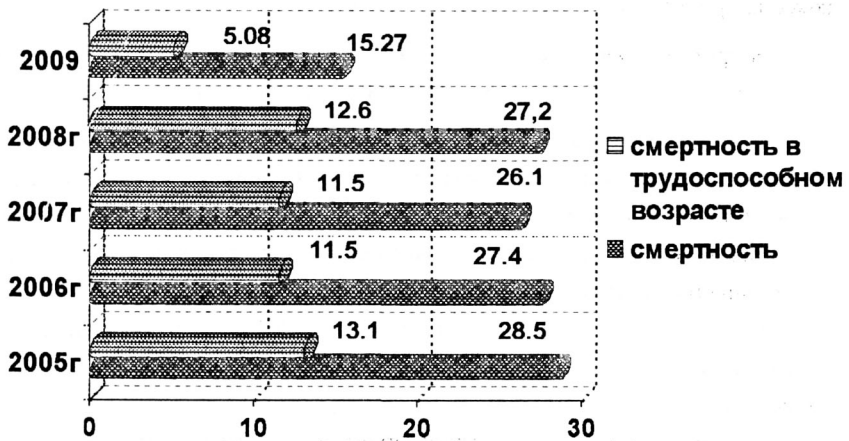


Рис. 1. Динамика смертности от ОИМ в СК (%)

Таблица 2 - Динамика случаев исследования сосудов в Ставропольском крае (абс.)

№ п/п	Вид исследований	Количество исследований						
		2002г	2003г	2004г	2005г	2006г	2007г	2008г
1.	Каротидная ангиография	358	350	281	239	246	268	322
2.	Вертебральная ангиография	96	128	146	116	112	130	149
3.	Аортография	65	132	156	38	90	128	57
4.	Ангиография таза	22	240	275	221	103	95	76
5.	Ангиография нижних конечностей	226	130	317	362	161	133	134
6.	Коронарография		53	137	249	383	446	481

Сравнивая показатели общего числа исследований за 2006-2008 гг., значимого увеличения объема за отмеченный период не отмечается. Вместе с тем прослеживается позитивная динамика в объемах исследований брахиоцефальных сосудов в 2008 г. - рост в 1,3 раза, исследований коронарных артерий - рост в 1,3 раза, а в 2009 г. в 3,8 раза (рис. 2) и некоторая отрицательная дина-

мика при исследовании артерий таза и нижних конечностей (снижение в 1,3 раза).

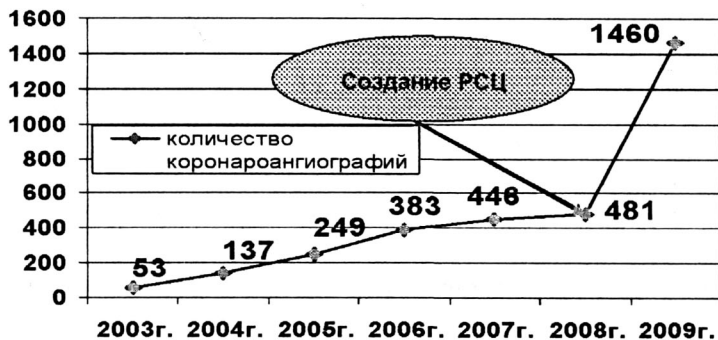


Рис. 2. Динамика числа коронароангиографий в СК (абс.)

Соответственно росту проводимых диагностических процедур проходимости сосудов увеличилось и число эндоваскулярных вмешательств - со 137 в 2006 до 536 в 2009 г.

Общий объем исследований сосудов увеличился в 2,2 раза (с 1395 в 2006г. до 3090 в 2009г.), проводимых лечебных вмешательств на сосудах - в 3,9 раза (со 137 до 536), общее число эндоваскулярных вмешательств на сосудах сердца - за в 27 раз (с 14 до 383), количество стентирований коронарных артерий - в 25 раз (соответственно с 14 до 350). Основной рост эндоваскулярных вмешательств на сосудах сердца приходится на 2008-2009гг. в связи с созданием РСЦ. В период с 2008г. по 2009г. количество стентирований коронарных артерий выросло в 7 раз (рис.3).

Создание РСЦ снизило смертность трудоспособного населения от ССЗ, повысило доступность и качество медицинской помощи больным с сердечно - сосудистой патологией.

Пациенты, прошедшие лечение на базе РСЦ, в дальнейшем направляются под наблюдение терапевтов по месту жительства, которые зачастую не знакомы с высокоспециализированными методами лечения, не имеют достаточной квалификации по их ведению. Ни в одной районной поликлинике и больнице нет «Школы ИБС».



Рис. 3. Динамика числа стентирований коронарных артерий в СК (абс.)

Отсутствует единая система наблюдения за больными, перенесшими эндоваскулярное или открытое вмешательство на сосудах сердца. В связи с имеющимся пробелом в организации кардиологической службы Ставропольского края нами предложен принципиально новый подход к лечению и реабилитации (вторичной профилактике) больных после интервенционного лечения.

В четвертой главе проведен анализ медико-социальной эффективности клинического пути «Больные ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе».

Перед проведением исследования были изучены потребности медицинских работников первичного звена в знаниях по профилактике ССЗ и коррекции основных поведенческих ФР (табл. 3).

Таблица 3 - Потребность медицинских работников первичного звена в знаниях по профилактике ССЗ

Контингент	Назвали все ФР ССЗ		Знают целевые уровни основных показателей		Осведомлены о высоко-специализированных методах лечения ССЗ		Владеют знаниями о коррекции ФР ССЗ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Врачи - терапевты участковые	19	63,0	12	40,0	11	37,0	17	57,0

Лишь 40% опрошенных врачей первичного звена знают целевые уровни основных показателей, 37% осведомлены о современных методах лечения ССЗ. Грамотно скорректировать факторы риска ССЗ способны 57% опрошенных врачей.

Таким образом, выявлен существенный пробел в знаниях врачей-участковых терапевтов, относящийся к профилактике ССЗ (первичной и вторичной).

Интервенционное лечение - это только этап в комплексном лечении ИБС, так как ни АКШ, ни стентирование не устраняют основных причин заболевания. Поэтому исключительно важно соблюдение основных принципов ведения больных – комплексности и преемственности на всех этапах: стационарном и поликлиническом.

В связи с вышеизложенным в целях повышения качества медицинской помощи больным ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе был предложен метод клинических путей. В основе ведения пациентов основной группы лежат три составляющие: лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям по лечению больных с хронической ИБС; «Школа ИБС»; клинический путь с мониторингом в контрольных точках.

В основе лечения контрольной группы – лекарственная терапия, наблюдение у терапевта по месту жительства по стандартной методике.

Лекарственная терапия в основной и контрольной группах проводилась идентичная, полностью отвечающая современным требованиям.

При анализе качества жизни использовался модифицированный нами опросник SF-36, а для оценки стенокардии – опросник Роуза. Для оценки медико-социального статуса применяли разработанную на кафедре общественного здоровья и здравоохранения СтГМА медико-социальную карту. Результаты опроса фиксировались в таблицы и подвергались статистической обработке. Для определения избытка массы тела использовался ИМТ.

Через 12 месяцев пациенты проходили заключительный профилактический осмотр (повторно отвечали на вопросы предложенных им ранее анкет, проходили объективное обследование).

Таким образом, пациенты основной группы, кроме стандартной лекарственной терапии, обучались по программе «Школа ИБС», а лечение их на амбулаторном этапе осуществлялось в рамках клинического пути.

Особенностью клинического пути является наличие промежуточных индикаторов качества для мониторингирования лечебного процесса в контрольных точках, что позволяет корректировать и прогнозировать исходы лечения. Клинический путь предусматривал структурное, сетевое и календарное планирование проводимых работ (табл. 4).

Он включал в себя следующие основные характеристики: вход системы (пациент с ИБС после АКШ или стентирования); планируемое время постгоспитального лечения; необходимый минимум обследования; необходимый набор инструментальных и лабораторных исследований для оценки исходного состояния больного в послеоперационном периоде и мониторинг его функций в процессе лечения; необходимые консультации специалистов; физическая активность пациента; медикаментозное лечение; диета; выход из системы - характеристика запланированного исхода на основе клинических, лабораторных и инструментальных данных; прогнозируемые отклонения от планируемого проекта (например, летальность, виды осложнений, общая частота осложнений и др.).

Таблица 4. - Клинический путь «Больные ИБС» на амбулаторном этапе лечения»

Данные обследования на момент выписки	1 месяц	3 месяц	6 месяц	9 месяцев	12 месяц
Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; ЭКГ; Эхо-КТ; Эхо-КТ; СМЭЖТ; Общий анализ крови; Общий анализ глюкозы крови; Общий анализ мочи; Общий анализ Липидограмма; Глюкоза крови; Консультация кардиолога;	Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; ЭКГ; Эхо-КТ; Общий анализ крови; Липидограмма; Глюкоза крови; Контроль АД; Консультация кардиолога; Гемостазиограмма; АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК; ИМТ; Консультация хирурга; + Обучение по программе «Школа ИБС»	Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; глюкоза крови (у больных с сахарным диабетом); Гемостазограмма; Холтеровское мониторирование; Велоэргометрия (предмил-тест); Осмотр кардиолога; ИМТ; Контроль АД; + Обучение по программе «Школа ИБС»	Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; ЭКГ; Эхо-КТ; Общий анализ крови; Липидограмма; Глюкоза крови; Контроль АД; Больные поступившие с ОКС или ОИМ повторно коронароангиографию; Консультация кардиолога; Гемостазиограмма; АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК; ИМТ; Дуплексное сканирование сонных артерий; + Предварительная оценка результатов обучения по программе «Школа ИБС»	Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; ЭКГ; Общий анализ крови; Липидограмма; Глюкоза крови; Контроль АД; Консультация кардиолога; Гемостазиограмма; Холтеровское мониторирование; ИМТ; + Обучение по программе «Школа ИБС»	Стандартная лекарственная терапия согласно Европейским рекомендациям; ЭКГ; Эхо-КТ; Общий анализ крови; Липидограмма; Глюкоза крови; Контроль АД; Консультация кардиолога; Консультация невролога; Консультация кардиолога; Гемостазиограмма; АЛТ, АСТ, ЛДГ, КФК; ИМТ; + Оценка результатов обучения по программе «Школа ИБС»

Через 12 месяцев проведен анализ эффективности клинического пути (рис. 4, 5).

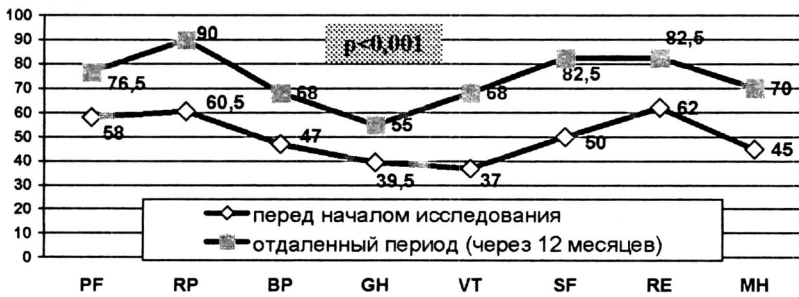


Рис. 4. Показатели качества жизни пациентов основной группы

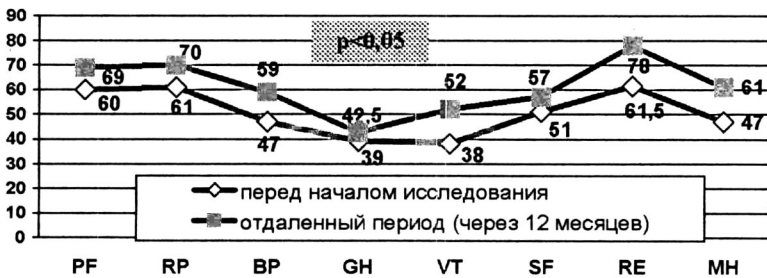


Рис. 5. Показатели качества жизни пациентов контрольной группы

По данным SF-36, при включении в исследование достоверных различий в оценке своего состояния здоровья между пациентами основной и контрольной группы выявлено не было (табл. 5).

За период наблюдения выявлено достоверное снижение АД, как в ОГ, так и в КГ ($p < 0,001$). Но различия в динамике показателей АД между группами были высоко достоверными ($p < 0,001$).

Количество больных, достигших целевого значения АД за период наблюдения, больше в ОГ ($p < 0,001$) - табл. 6.

Таблица 5 - Динамика КЖ в динамике по данным опросника SF-36

Шкалы опросника SF 36	Основная группа			Контрольная группа		
	Первичное анкетирование	Повторное анкетирование (через 12 месяцев)	Достоверность	Первичное анкетирование	Повторное анкетирование (через 12 месяцев)	Достоверность
Физическое функционирование	58	76,5	$p<0,001$	60	69	$p>0,05$
Роль физическое функционирование	60,5	90	$p<0,001$	61	70	$p>0,05$
Физическая боль	47	68	$p<0,001$	47	59	$p<0,05$
Общее здоровье	39,5	55	$p<0,001$	39	42,5	$p>0,05$
Жизнеспособность	37	68	$p<0,001$	38	52	$p>0,05$
Социальное функционирование	50	82,5	$p<0,001$	51	57	$p>0,05$
Роль эмоциональное функционирование	62	82,5	$p<0,001$	61,5%	78	$p>0,05$
Психическое здоровье	45	70	$p<0,001$	47%	61	$p>0,001$

Таблица 6 - Динамика АД и ЧСС в группах исследования ($M \pm m$)

	Основная группа (n = 118)			Контрольная группа (n = 40)		
	исходно	6 мес	12 мес	исходно	6 мес	12 мес
САД, мм рт.ст.	150,3±2,4	130,0±1,8*†	136,4±2,5*†	150,68±2,1	143,1±2,3**	147,5±2,2
ДАД, мм рт.ст.	88,4±1,7	82,5±1,7*	83,2±1,7*†	89,6±1,2	88,3±1,5**	89,9±1,7
ЧСС, уд. в мин.	70,3±1,2	67,7±1,2**	68,2±1,3†	70,8±1,3	70,3±1,5	73,3±1,4**

Примечание: * - $p<0,001$, ** - $p<0,01$, по сравнению с исходными данными; † - $p<0,01$ для межгрупповых различий

После обучения в ОГ достоверно увеличилось число больных с целевым уровнем АД ($<140/90$ мм рт. ст. и $<130/80$ мм рт. ст.): через 6 месяцев - 62% ($n=73$), через 12 месяцев - 44% ($n=52$) ($p<0,001$). В КГ через 6 мес. наблюдения доля больных, достигших целевого уровня АД, также увеличилась - до 25% ($n=10$) ($p<0,01$), но через 12 мес. - только у 7,5% ($n=3$) сохранились целевые показатели АД (рис. 6).

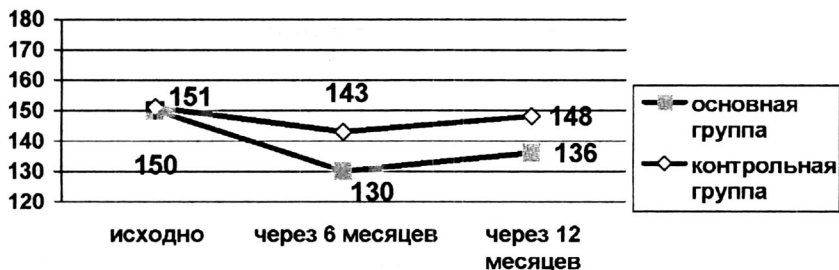


Рис. 6. Динамика САД в основной и контрольной группах

На этапе включения в исследование в обеих группах большинство пациентов имели нарушения липидов плазмы (ЛП). Только у 12% пациентов обеих групп значения общего холестерина (ОХС) и липидов плазмы были на уровне целевых значений (Российские рекомендации ВНОК, 2007).

В таблице 7 представлена динамика показателей ОХС, холестерин-липопротеидов низкой (ХС ЛНП) и высокой (ХС ЛВП) плотности и триглицеридов плазмы (ТГ) в группах сравнения в течение 12 месяцев наблюдения.

Таблица 7 - Динамика показателей липидограммы (М±m)

Показатель	Основная группа (n = 118)			Контрольная группа (n = 40)		
	исходно	6 месяцев	12 мес.	исходно	6 месяцев	12 мес.
ОХС	6,62±0,3	5,04±0,2***†	5,1±0,1***†	6,41±0,2	5,77±0,1**	5,96±0,3**
ХС ЛНП	4,03±0,1	2,93±0,2***†	3,04±0,1***†	4,08±0,2	3,62±0,2**	3,77±0,1*
ХС ЛВП	1,25±0,05	1,16±0,02*	1,16±0,03*	1,16±0,03	1,14±0,04	1,25±0,1
ТГ	1,83±0,1	1,64±0,09*	1,65±0,1*	1,88±0,1	1,79±0,1	1,88±0,1

Примечание: *- $p < 0,01$, **- $p < 0,001$, по сравнению с исходным уровнем; † - $p < 0,001$ для межгрупповых различий

Ведение пациентов в рамках клинического пути благоприятно повлияло на динамику липидов плазмы. У больных, как в основной, так и в контрольной группе, достоверно снизился уровень ОХС, но в основной группе динамика снижения показателей ЛП более выражена ($p < 0,001$). Доля пациентов ОГ, достигших целевых значений ЛП за период наблюдения, увеличивается с 5 до 41%. Нельзя сказать, что эта цифра слишком оптимистична, но в КГ только у 16%

больных в конце наблюдения уровни ОХС и липидов плазмы были на уровне целевых значений.

При анализе медико-социальной эффективности вмешательства учитывали данные о числе посещений поликлиники, вызовах «Скорой помощи», госпитализациях, новых случаях временной и стойкой утраты трудоспособности за предшествующий год до включения в исследование и в течение 12 месяцев наблюдения. Для получения такой информации проводили опрос пациентов, анализировали амбулаторные карты и выписки из стационаров.

После обучения значительно уменьшилось число амбулаторных посещений, средняя частота вызовов «Скорой помощи» в ОГ снижается почти вдвое, достоверно уменьшилось число дней стационарного лечения, количество госпитализаций (табл.8).

Таблица 8 - Динамика медико-социальных показателей за период наблюдения у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа n=118		Контрольная группа n=40		Р - межгруп. различия
	Перед исследованием	Через 12 месяцев	Перед исследованием	Через 12 месяцев	
Среднее количество обращений в пол-ку	16,9±1,2	10,3±0,9*	16,4±1,2	14,8±1,1*	p<0,05
Средняя частота вызовов «СП» в год	1,2±0,2	0,5±0,1	1,2±0,2	1,2±1,2	p<0,01
Количество госпитализаций	28	22	27	26	
Среднее число дней стационар. лечения	27,9 ± 1,5	20,9 ± 1,3	25,7 ± 1,3	26,4± 1,3	p<0,05

Примечание: * - $\Delta = -1,68 \pm 1,14$ в ОГ, $\Delta = 1,24 \pm 0,62$ в ГС;

Данные для «количественных показателей» представлены в виде среднего значения и ошибки среднего ($M \pm m$); для «качественных» и для «порядковых» показателей указывается частота выявления показателя в абсолютных числах и процентах.

Через 12 месяцев у пациентов ОГ, ведение которых осуществлялось в рамках клинического пути, достоверно снизилось количество обращений в поликлинику - на 70%; уменьшилась средняя частота вызовов «СП» в течение года - на 50%; уменьшилось среднее число дней стационарного лечения на -7 к/д.

После проведения исследования нами проведено изучение и анализ доступности больных с ССЗ в специализированной медицинской помощи, их удовлетворенности лечебно-диагностическим процессом и результатом лечения на амбулаторном этапе. Под удовлетворенностью пациентов лечебно-диагностическим процессом мы понимали качество исполнения лечебно-

диагностических процедур с точки зрения больного, а удовлетворенность результатом лечебно-диагностического процесса мы трактовали как соответствие конечного результата изначально ожидаемому пациентом и его желание повторно проходить лечение в данном ЛПУ.

При изучении удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг получены следующие данные (табл. 9).

Таблица 9 - Результаты оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (положительная оценка в %)

Удовлетворенность пациентов	Основная группа (пациенты, ведение которых на амбулаторном этапе осуществлялось в рамках клинического пути) n = 118		Контрольная группа (пациенты, ведение которых на амбулаторном этапе осуществлялось по стандартной схеме) n = 40	
	n	%	n	%
Доступность ЛДП	100	85,0	16	40,0
Структура ЛДП	97	82,0	17	43,0
Результат ЛДП	102	86,0	15	38,0
Желание повторно проходить обучение в «Школе ИБС» или повторно лечиться у терапевта по месту жительства	112	95,0	30	75,0

Примечание: $p < 0,05$ для всех сравнений.

Пациенты ОГ, ведение которых на амбулаторном этапе осуществлялось в рамках клинического пути, более чем в 2 раза чаще выражали свою удовлетворенность доступностью медицинской помощью, организацией ЛДП и результатами их лечения, в 1,3 раза чаще отмечали желание лечиться, при необходимости повторно, в данном ЛПУ по отношению к КГ больных, ведение которых на амбулаторном этапе осуществлялось по стандартной схеме.

Таким образом, создание клинического пути (поликлиника – стационар – поликлиника) для больных сердечно-сосудистой хирургической патологией в аспекте вторичной профилактики показало свою эффективность.

Обобщая полученные результаты, можно заключить, что клинический путь и осуществляемая в его рамках обучающая профилактическая технология «Школа ИБС» для больных после интервенционного лечения достоверно повышает уровень медицинской информированности больных, обеспечивает позитивную динамику целого ряда клинических, психологических показателей, уровней кардиоваскулярных ФР, а также интегральных показателей КЖ пациентов. Внедрение метода клинических путей в практику первичного звена здравоохранения также экономически обосновано в связи с уменьшением числа госпитализаций, экстренных обращений за медицинской помощью, сокращением сроков лечения.

ВЫВОДЫ

1. В Ставропольском крае медицинская помощь больным ССЗ оказывается в недостаточном объеме. Не разработана технология (стандарты) лечения больных ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе.

2. Основной контингент пациентов, подвергшихся интервенционному лечению это мужчины трудоспособного возраста, имеющие высшее или средне-специальное образование, служащие городских учреждений.

3. При внедрении клинического пути ведения больных ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе снижался суммарный риск смерти. У больных, лечение которых на амбулаторном этапе проводилось в рамках клинического пути, в 62% случаев наблюдалась нормализация систолического АД, при том у 44% через 12 месяцев данные показатели продолжали оставаться в должных пределах. Доля пациентов, достигших целевых значений липидограммы за период наблюдения, увеличивается с 5% до 41% больных основной группы.

4. В основной группе через год после обучения по программе «Школа ИБС» в рамках клинического пути достоверно снизилось количество обращений в поликлинику - на 70%; уменьшилась средняя частота вызовов «СП» в течение года - на 50%; уменьшилось среднее число дней стационарного лечения - на 7 к/д.

5. Врачи первичного звена недостаточно информированы о высоко-

специализированных методах лечения ССЗ, факторах риска и методах их коррекции (только 37% врачей первичного звена осведомлены о проводимых в крае эндоваскулярных методах лечения ИБС; 63% знают основные факторы риска ССЗ; 57 % владеют знаниями о методах коррекции ФР ССЗ).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Использование результатов исследования в поликлинических учреждениях позволит сократить количество необоснованных визитов к врачам первичного звена, повысить качество жизни больных ИБС после интервенционного лечения, сократить сроки лечения и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

2. Внедрение «Школы ИБС» в поликлиниках позволит проводить широкомасштабную профилактическую работу среди взрослого населения в целях снижения заболеваемости ССЗ.

3. Обучение медицинских работников технологиям профилактики ССЗ путем коррекции поведенческих ФР целесообразно проводить на регулярной основе в рамках профессионального образования с обязательным включением активных форм обучения, направленных на формирование мотивации к оздоровлению.

4. Внедрение в практику работы амбулаторно-поликлинических учреждений предложенного клинического пути позволит проводить комплексное измерение качества лечебно-диагностического процесса, планировать дальнейшее совершенствование медицинской помощи больным с ИБС после интервенционного лечения на амбулаторном этапе.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Гаспарян М.В. Сравнительная характеристика эффективности метода клинических путей при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / М.В. Гаспарян, А.Ш. Галстян // Матер. XIII итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2005. – С. 595-596.

2. Гаспарян М.В. Структурные проекты диагностических служб при лечении больных с критической ишемией нижних конечностей / М.В. Гаспарян, А.Ш. Галстян // Матер. XIII итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2005. – С. 596-597.

3. Галстян А.Ш. Аортокоронарное шунтирование: анализ результатов хирургического лечения больных ИБС /М.В. Гаспарян, В.Н. Колесников, С.В.

Данилов //Матер. XIII итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2005. – С. 592-593.

4. Гаспарян М.В. Динамика состояния больных после операции аортокоронарного шунтирования / М.В. Гаспарян, В.Н. Колесников, А.Ш. Галстян // Научные достижения на службу здоровью народа: Сб. науч.тр. V Конгресса Ассоциации кардиологов стран СНГ. - Ташкент, 2005. – С. 49.

5. Галстян А.Ш. Оценка качества жизни в отдаленные сроки у больных, перенесших аортокоронарное шунтирование /М.В. Гаспарян, В.Н.Колесников, С.В. Данилов // Матер. XIV итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2006. – С. 481-482.

6. Слетков Н.А. Оценка качества жизни у пациентов с патологией коронарных артерий в отдаленные сроки после эндоваскулярного лечения / Н.А. Слетков, И.Н. Щендригин, А.Ш. Галстян и др. // Матер. XIV итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2006. – С. 510-511.

7. Восканян Ю.Э. Первые 100 АКШ у больных ИБС в Ставропольском крае: ближайшие и отдаленные результаты / Ю.Э.Восканян, В.Н.Колесников, А.Ш. Галстян и др. // Диспансеризация, качественная диагностика, лечение и реабилитация – залог успеха кардиологической службы: Сб. науч. тр. 5 съезда кардиологов Южного федерального округа 2006. - Кисловодск, 2006. – С.32.

8. Галстян А.Ш. Качество жизни в отдаленные сроки после аортокоронарного шунтирования у лиц средней возрастной группы /А.Ш. Галстян // Матер. XIII Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов». – Москва, 2006. – Т. 4. – С. 492-493

9. Гаспарян М.В. Оценка качества медицинской помощи больным с сосудистой патологией в условиях стационара /М.В. Гаспарян, А.П. Попов, А.Ш. Галстян // Матер. XV итоговой (межрегиональной) науч. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2007. – С. 90-91.

10. Галстян А.Ш. Изменение свойств личности в отдаленный период после аортокоронарного шунтирования / А.Ш. Галстян, Ф.Ш. Крымшамхалова, Р.А. Урусова // Матер. XVI итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2008. – С. 160-161.

11. Галстян А.Ш. Качество жизни и социальный статус в отдаленный период после аортокоронарного шунтирования / А.Ш. Галстян, В.А. Нестеров, Ф.Ш. Крымшамхалова, Р.А. Урусова // Матер. XVI итоговой (межрегиональной) науч. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2008. – С. 161-162.

12. Галстян А.Ш. Качество жизни в отдаленный период – 3 года после аортокоронарного шунтирования / А.Ш. Галстян, Ф.Ш. Крымшамхалова, Р.А. Урусова // Матер. XVI итоговой (межрегиональной) научн. конф. студентов и молодых ученых. – Ставрополь, 2008. – С. 393-394.

13. Галстян А.Ш. Качество жизни и социальный статус в отдаленный период после аортокоронарного шунтирования /А.Ш. Галстян // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Прилож. XII. Ежегодная сессия научного

102
центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН со Всерос. конф. молодых ученых. - М., 2008. - Т. 9, №3. - С. 216.

14. Галстян А.Ш. Третьичная профилактика сердечно-сосудистой патологии / А.Ш. Галстян // Актуальные вопросы медицинской науки: Сб. науч. работ студентов и молодых ученых Всероссийской конференции с международным участием. - Ярославль, 2009. - С. 20.

15. Куликова Н.Г. Проблемы профилактики кардиоваскулярной патологии в послеоперационном периоде / Н.Г. Куликова, А.Ш. Галстян // Прилож. 2 к журн. «Кардиоваскулярная терапия и профилактика»: Матер. Всерос. конф. с междунар. участием «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация 2009» - М., 2009. - Т. 8 (4). - С.68.

16. Галстян А.Ш. «Школа для больных ИБС» - как путь совершенствования профилактики кардиоваскулярной хирургической патологии / А.Ш. Галстян // Матер. XVIII итоговой науч. конф. студентов и молодых ученых с международным участием. - Ставрополь, 2010. - С. 511-512.

17. Галстян А.Ш. К вопросу совершенствования профилактики кардиоваскулярной хирургической патологии (обзор литературы) / А.Ш. Галстян // Матер. XVIII итоговой науч. конф. студентов и молодых ученых с международным участием. - Ставрополь, 2010. - С. 512-525.

18. Вардосанидзе С.Л. Использование метода клинического пути при ведении больных ИБС после кардиохирургических вмешательств на амбулаторном этапе / С.Л. Вардосанидзе, А.Ш. Галстян // **Сарат. научн.-медиц. журн.** -2010.-Т.6, №4. - С.57—574.

19. Вардосанидзе С.Л. Программа «Школа ИБС» как основа профилактики и преемственности в лечении / С.Л. Вардосанидзе, А.Ш. Галстян // **Кубанский науч. мед. вестник.** -, 2010. - №9 (123). - С. 47-49.

20. Вардосанидзе С.Л. Анализ медико-социальной эффективности программы «Школа ИБС» в аспекте вторичной профилактики / С.Л. Вардосанидзе, А.Ш. Галстян // **Вестник Кубанского государственного медицинского университета.** - 2010. - № 1 (123). - С. 10-13.

ОВ В
ГЯН//